



Nº DE ORDEN

Año 2015

REGISTRO DE PRESTADORES

M. P. Nº _____ Apellido y Nombre _____

D.N.I. Nº _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo _____

Domicilio Particular

Calle _____ Barrio _____ Tel.: _____

Departamento _____ Localidad _____

Domicilio Laboral

Calle _____ Barrio _____ Tel.: _____

Departamento _____ Localidad _____

Requisitos cumplimentados

- Copia Certificada del Título
- Constancia de Especialidad
- Constancia de Matrícula
- AFIP - DGR
- Curriculum Vitae
- Seguro de Mala Praxis
- Habilitación de Consultorio

Asistencia en Nivel II y III.....O SI..... O NO

En caso positivo, lugares: _____

Observaciones: _____

Lugar y Fecha _____

Firma del Prestador